

تأثیر ماساژ پرینه در مرحله دوم زایمان بر آسیب پرینه، در زنان اول زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) خلخال

ریحانه ایوان بقا: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

معصومه سهرابی: کارشناس ارشد مامایی (نویسنده رابط)

Sohrabi_M3000@Yahoo.com

دکتر رقیه شیرین کام: متخصص زنان و زایمان، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) خلخال

حسین کوشاور: کارشناس ارشد آمار، مربی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

مقدمه: آسیب پرینه به طور شایع به هنگام زایمان اتفاق می‌افتد و می‌تواند باعث عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بعد زایمانی شود. درد، خونریزی، نیاز به ترمیم زخم و اختلالات ادراری، روده‌ای، جنسی و درد طول کشیده بعد زایمانی از عوارض پس از زایمانی مرتبط با آسیب پرینه می‌باشد و سلامت مادر و نوزاد را به خطر می‌اندازد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر روش ماساژ پرینه با لوبریکانت در مرحله دوم زایمان بر آسیب پرینه می‌باشد.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است. در این مطالعه ۷۰ زن اول‌زایی که تمایل به شرکت در پژوهش و شرایط انجام زایمان طبیعی را داشتند؛ به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) قرار گرفتند. در مادرانی که به صورت تصادفی در گروه ماساژ با لوبریکانت قرار گرفته بودند در مرحله دوم زایمانی با نزول فعال یا پیدا شدن سر جنین به هنگام انقباضات رحمی به وسیله دو انگشت داخل واژن با استفاده از لوبریکانت استریل محلول در آب ماساژ پرینه انجام می‌شد. بعد از اعمال مداخله، داده‌های بدست آمده از مطالعه به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان پرینه سالم (۵۰ درصد در مقابل ۴۰ درصد) پارگی‌های درجه یک (۴۱ درصد در مقابل ۵۰ درصد) و پارگی‌های درجه دو (۹ درصد در مقابل ۱۰ درصد) و اپیزیوتومی در گروه ماساژ پرینه و گروه کنترل مشابه بود. تجزیه و تحلیل آماری تفاوتی بین این آسیب‌ها را نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری: ماساژ پرینه در زنان اول‌زا در مرحله دوم زایمان احتمالاً تأثیری بر میزان آسیب پرینه ندارد.

کلمات کلیدی: زایمان / ماساژ / پرینه / تروما

مقدمه

آسیب پرینه به طور شایع به هنگام زایمان اتفاق می‌افتد و می‌تواند باعث عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بعد زایمانی شود (۱). درد، خونریزی، نیاز به ترمیم زخم و اختلالات ادراری، روده‌ای، جنسی و درد طول کشیده بعد زایمانی از عوارض پس از زایمانی مرتبط با آسیب پرینه می‌باشد (۲ تا ۴). خونریزی‌های پس از

زایمان در اثر برش وسیع اپی‌زیوتومی گسترش پارگی‌ها و تاخیر در ترمیم اپی‌زیاتومی سلامت مادر را به خطر می‌اندازد (۵). گسترش اپی‌زیاتومی یا پارگی‌های درجه ۳ یا ۴ علاوه بر خونریزی، می‌تواند فرد را به سوی صدمات غیر قابل جبرانی چون بی‌اختیاری مدفوع و مقاربت دردناک هدایت نماید (۶). بیست درصد

عضلات پرینه بوده، در بی‌اختیاری استرسی ادراری و افزایش پارگی‌های اسفنکتر مقعدی و رکتوم نقش دارد (۱۶). به عقیده محققین، بر اساس میزان گزارش شده در مراکز زایمانی و زایمان‌های در منزل، میزان ۲۰ درصد برای نسبت اپیزیوتومی منطقی بنظر می‌رسد (۱۵). جهت کاهش استفاده از اپیزیوتومی و کاهش میزان آسیب پرینه و دستگاه تناسلی، ماماها از تکنیک‌های متعدّد در مرحله دوم زایمان استفاده می‌کنند. اما مدرکی در حمایت از یک روش به عنوان تکنیک موثر اداره پرینه، قبل زایمان در جهت کاهش پارگی‌های خود بخود پرینه وجود ندارد؛ تکنیک ماساژ پرینه با لوبریکنت به عنوان روش بالقوه فیزیوتراپیک درمانی در مرحله دوم زایمان بوده، مکانیسم اثر آن، اتساع عروق و افزایش خونرسانی به ناحیه، افزایش شل شدگی و اتساع عضله می باشد (۱۷، ۱۸، ۱۹).

مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر ماساژ پرینه با لوبریکنت در مرحله دوم زایمان در پیشگیری از آسیب پرینه بسیار محدود بوده و ناکافی می‌باشد. هدف این مطالعه تأثیر روش ماساژ پرینه با لوبریکنت در مرحله دوم زایمان بر پیامدهای پرینه می‌باشد.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد. در این مطالعه، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و اختصاص نمونه‌ها در گروه‌ها بصورت تصادفی ساده بود. همه مادرانی که در اتاق درد زایمان واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب و سپس افراد انتخاب شده از طریق قرعه‌کشی در یکی از گروه‌های درمانی قرار می‌گرفتند. در این مطالعه ۷۰ زن اول‌زایی که تمایل به شرکت در پژوهش و شرایط انجام زایمان طبیعی را داشتند و به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) خلخال مراجعه کرده بودند؛ در صورتی که سن ۳۵-۱۸ سال، عدم ابتلا به هر گونه بیماری زمینه‌ای، وزن تخمینی نوزاد کمتر از ۴۰۰۰ گرم، زایمان تک قلو و جنین زنده ترم داشتند؛ به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) قرار گرفتند. در این مطالعه همه زایمان‌ها توسط محقق انجام می‌گرفت

زنان تا ۳ ماه بعد زایمان و تعداد مشابهی در ۱۵ تا ۲۴ ماه بعد از زایمان از مقاربت دردناک شاکی بوده‌اند (۷). همچنین، ۷۰ تا ۸۵ درصد زنان از درد ناحیه پرینه بدنال پارگی و اپیزیوتومی رنج می‌برند (۸) و ۲۲ درصد آنان تا ۸ هفته بعد زایمان از ادامه درد شاکی هستند و ممکن است شکایت از درد یک سال یا بیشتر هم ادامه داشته باشد (۴). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت آسیب پرینه عبارت از "آسیب به ناحیه پرینه و دستگاه تناسلی در نتیجه پارگی‌های خودبخود یا اپیزیوتومی به هنگام زایمان". ترومای قدامی پرینه به صورت آسیب لبیا، واژن قدامی، پیشابراه یا کلیتورس تعریف می‌شود و ترومای خلفی پرینه عبارت از آسیب به دیواره خلفی واژن، عضله پرینه یا اسفنکتر مقعدی که ممکن است اپتلیوم مقعد را نیز شامل شود و درجه‌بندی می‌شود به انواع پارگی‌های درجه ۱ (پوست پرینه ومخاط واژن درگیر می‌شود)، پارگی درجه ۲ (درگیری عضله پرینه)، پارگی درجه ۳ (پارگی مقعد) و پارگی درجه ۴ (مقعد و مخاط رکتوم) (۹). اپیزیوتومی، یکی از موارد مداخله‌ای است که در پزشکی بدون هیچ‌گونه شواهد علمی وارد شده است (۱۰) و هنوز هم به طور رایج در بسیاری از نقاط دنیا انجام می‌شود (۱۱). در ایران، اپیزیوتومی بصورت روتین در تمام زایمان‌های اول و در بعضی مراکز در زایمان‌های دوم انجام می‌شود (۱۲).

از سال ۱۹۸۰ میزان استفاده از اپیزیوتومی از ۶۴ درصد به ۳۰ درصد در آمریکا و کشورهای اروپایی کاهش یافته است اما در این دوره ترمیم پارگی‌های زایمانی از ۱۱ درصد به ۴۰ درصد افزایش پیدا کرده است (۱۳، ۱۴). کاهش استفاده از اپیزیوتومی در تحقیقات بعمل آمده مورد حمایت قرار گرفته و نشان می‌دهد است که مضرات استفاده از اپیزیوتومی روتین بیشتر از مزایای آن می‌باشد (۱۴). در تحقیقات بعمل آمده، هیچ مدرکی که نشان دهد اپیزیوتومی از پارگی‌های رکتوم، آسیب به دیواره لگن و تروما به سر جنین پیشگیری می‌کند و یا اینکه ترمیم اپیزیوتومی نسبت به پارگی‌ها آسانتر است، پیدا نکردند (۱۵)، بلکه؛ اپیزیوتومی یکی از فاکتورهای خطر کاهش عمل طبیعی

مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

از تعداد ۷۰ نفر که در مطالعه شرکت داده شده بودند ۳ نفر در گروه ماساژ و ۵ نفر در گروه کنترل خارج شدند، ۳۲ نفر در گروه ماساژ و ۳۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. از نظر میانگین سنی، تعداد حاملگی، سن حاملگی، طول مرحله دوم، وزن هنگام تولد نوزاد، آپگار دقیقه اول و پنجم و شاخص توده بدنی؛ نتایج آزمون با آزمون آماری با نمونه‌های مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. در زمینه میزان تحصیلات، محل سکونت و جنسیت نوزاد، نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد (جدول ۱).

نتایج آزمون من ویتنی نشان داد، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه در میزان سلامت پرینه وجود ندارد. اگر چه میزان پرینه سالم (۵۰ درصد در مقابل ۴۰ درصد، $P = ۰/۴۸$) در گروه ماساژ پرینه بیشتر از گروه کنترل بدست آمد، اما تفاوت آماری معنی‌دار نمی‌باشد. میزان پارگی‌های درجه یک (۴۱ درصد در مقابل ۵۰ درصد) و پارگی‌های درجه دو (۹ درصد در مقابل ۱۰ درصد) در گروه ماساژ پرینه بدون تفاوت آماری معنی‌داری کمتر بود. در زنانی که در گروه ماساژ پرینه قرار داشتند، میزان پارگی پرینه قدامی «اطراف پیشابراه، لبیال، واژن» (۱۶ درصد، ۲۲ درصد، ۳ درصد در مقابل ۱۳ درصد و ۱۰ درصد، $P = ۰/۳۸$) و همچنین، نیاز به ترمیم پارگی‌ها (۶۲ درصد در مقابل ۵۷ درصد، $P = ۰/۸۳$) بدون اختلاف آماری معنی‌دار بیشتر بود، نیازی به استفاده از اپی‌زیوتومی در دو گروه وجود نداشت (جدول ۲).

و به علت ماهیت تحقیق امکان کور کردن مطالعه برای محقق و مادر باردار وجود نداشت. مادرانی که به صورت تصادفی در گروه ماساژ با لوبریکانت قرار گرفته بودند در مرحله دوم زایمانی با نزول فعال یا پیدا شدن سر جنین به هنگام انقباضات رحمی به وسیله دو انگشت داخل واژن، با استفاده از لوبریکانت استریل محلول در آب، به صورتی که انگشتان اشاره و وسط داخل پرینه و انگشت شست روی پرینه‌آل‌بادی قرار می‌گرفت و دو انگشت داخل پرینه از یک سمت به سمت دیگر به آرامی حرکت داده می‌شد و فشار آرام به پشت به سمت رکتوم، توسط انگشتان داخل پرینه، انجام می‌گرفت. تکنیک تا زمان کرونینگ ادامه پیدا می‌کرد، مگر در صورت درخواست مادر مبنی بر توقف یا تغییر آن؛ در صورت عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری، طولانی شدن مرحله دوم لیبر، دیسترس جنینی، دفع مکونیوم، دیستوشی، دکولمان، اقدام به استفاده از واکيوم، ایندکشن و زایمان تسریع شده، از مطالعه خارج می‌شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش چک لیستی بود که داده‌ها از طریق مصاحبه و مطالعه پرونده مددجویان و مشاهده، اخذ و ثبت می‌گردید. چک لیست در سه بخش تنظیم شده بود، بخش اول سؤالات مربوط به مشخصات فردی اجتماعی و باروری بود. بخش دوم اطلاعات مربوط به مرحله اول و دوم زایمان، هر گونه حوادث غیر منتظره حین تولد، وزن و نمره آپگار را شامل می‌شد. بخش سوم شامل اطلاعات مربوط به وجود یا عدم وجود تروما، درجه ترومای پرینه، وجود تروما در محل دیگر دستگاه تناسلی و نیاز به ترمیم تروما بود.

داده‌های بدست آمده از مطالعه به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های کای دوما، آزمون آماری t با نمونه‌های مستقل و آزمون ناپارامتری من ویتنی و با استفاده از SPSS /ver15

جدول ۱: مقایسه برخی از مشخصات فردی، اجتماعی، باروری و زایمانی مادران اول‌زا در دو گروه ماساژ پیرینه و کنترل

گروه	ماساژ	کنترل	آماره
مشخصات	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
سن (سال)	$21/78 \pm 32/26$	$21/53 \pm 3/03$	$P=0/953, t=0/309$
تعداد حاملگی	$1/09 \pm 0/29$	$1/07 \pm 0/25$	$P=0/441, t=0/384$
سن حاملگی	$39/24 \pm 0/94$	$38/79 \pm 0/87$	$P=0/751, t=1/951$
BMI	$21/69 \pm 2/12$	$22/13 \pm 2/95$	$P=0/29, t=0/687$
طول مرحله دوم (دقیقه)	$23/91 \pm 11/4$	$30 \pm 2/95$	$P=0/297, t=1/87$
وزن تولد نوزاد (گرم)	$3300 \pm 270/6$	$3353 \pm 360/53$	$P=0/075, t=0/661$
آپگار	$8/94 \pm 0/246$	$8/97 \pm 0/183$	$P=0/291, t=0/527$
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تحصیلات			
ابتدایی	۰	۱ (۳/۳)	$P=0/595$
راهنمایی	۹ (۲۸/۱)	۶ (۲۰)	$df=3$
دبیرستان	۲۱ (۶۵/۶)	۲۲ (۷۳/۳)	$X^2=0/189$
دانشگاهی	۲ (۶/۳)	۱ (۳/۳)	
محل سکونت			
روستا	۱۹ (۵۹/۴)	۱۹ (۶۳/۳)	$P=0/749$
شهر	۱۳ (۴۰/۶)	۱۱ (۳۶/۷)	$df=1$
			$X^2=0/102$
جنس			
زن	۱۴ (۴۳/۸)	۱۱ (۳۶/۷)	$P=0/57$
مرد	۱۸ (۵۶/۳)	۱۹ (۶۳/۳)	$df=1$
			$X^2=0/323$

جدول ۲: مقایسه ترومای پیرینه در مادران اول‌زا در دو گروه با ماساژ پیرینه و کنترل

گروه	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آزمون آماری
ترومای پیرینه			
سالم	۱۶ (۵۰)	۱۲ (۴۰)	$P=0/483$
درجه ۱	۱۳ (۴۰/۶)	۱۵ (۵۰)	$Z=0/702$
درجه ۲	۳ (۹/۴)	۳ (۱۰)	
درجه ۳	۰	۰	
ترومای قدامی			
سالم	۱۹ (۵۹/۴)	۲۳ (۷۶/۷)	$P=0/387$
اطراف	۵ (۱۵/۶)	۴ (۱۳/۳)	$df=3$
پیشابراه	۷ (۲۱/۹)	۳ (۱۰)	$X^2=3/03$
لبیال	۱ (۳/۱)	۰	
واژن	۰	۰	
ترمیم پارگی			
بلی	۲۰ (۶۲/۵)	۱۷ (۵۶/۷)	$P=0/835$
خیر	۱۲ (۳۷/۵)	۱۳ (۴۳/۳)	$df=1$
			$X^2=0/219$
اپی‌زیوتومی	۰	۰	

بحث

سایر وضعیت‌های زایمانی نمی‌باشد. همچنین نتایج مطالعه، قابل تعمیم به زنان مولتی‌پار، حاملگی‌های چندزا دوقلویی، ماکروزومی، زایمان طول کشیده، زایمان تسریع شده، زایمان با ابزار و دفع مکنونیوم نمی‌باشد.

نتیجه گیری

استفاده از ماساژ پرینه احتمالاً تأثیر معنی‌داری در میزان آسیب پرینه ندارد. بنابراین، استفاده از ماساژ به عنوان تکنیک کنترل پرینه بر اساس معیارهای زایمانی و راحتی و تمایل زن در حال زایمان، بدون خطر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود جهت تعیین اثر ماساژ پرینه بر آسیب پرینه تحقیقات وسیعتر، با تعداد نمونه‌های بیشتری انجام شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از ریاست محترم بیمارستان امام خمینی (ره) خلخال، دفتر پرستاری، مسؤول زایشگاه بیمارستان و تمام افرادی که در انجام این تحقیق یاری کردند؛ اعلام می‌نمایند.

نتایج این مطالعه نشان داد که ماساژ پرینه تأثیری در میزان سلامت پرینه نداشت. در مطالعه انجام گرفته میزان استفاده از اپی‌زیوتومی در دو گروه صفر بوده و نشان می‌دهد که در صورت عدم استفاده از اپی‌زیوتومی در زایمان‌های بدون عوارض، میزان پارگی‌های درجه ۲ بسیار کم خواهد بود. میزان پارگی‌های درجه ۱ در دو گروه یکسان بوده و پارگی‌های پرینه قدامی و همچنین، نیاز به ترمیم پارگی‌ها در گروه ماساژ پرینه بیشتر از گروه کنترل می‌باشد، اگر چه تفاوت آماری در هیچ‌کدام معنی‌دار نبود. در مطالعه استمپ^۱ و همکاران هیچ تفاوتی در میزان پرینه سالم در گروه ماساژ و کنترل یافت نشد و میزان اپی‌زیوتومی و پارگی‌های درجه ۱ و ۲ در دو گروه مشابه بود (۲۰). آلبرس^۲ و همکاران در مطالعه خود تفاوتی در میزان پرینه سالم در گروه ماساژ پرینه در مقایسه با روش کمپرس گرم و روش عدم تماس پیدا نکردند، در مطالعه آنها اختلاف معنی‌داری در میزان پارگی‌های درجه ۱ و ۲ و اپی-زیوتومی و میزان نیاز به ترمیم پارگی‌ها پیدا نشد (۲۱). نتایج این مطالعات با نتیجه تحقیق ما همسو می‌باشد. این مطالعه دارای یک سری محدودیت‌هایی است که کاربرد یافته‌های آن را محدود می‌سازد. مداخله در وضعیت لیتوتومی انجام شده است، لذا قابل تعمیم به

References

1. Defrances CJ, Hall M. (2004). National Hospital Discharge Survey. Advance data from vital and statistics, Hyattsville Maryland : National Center for Health Statistics. 342-45.
2. Johnson R. (2000). Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *Lancet*, 355, 250-51.
3. Albers L, Gorcia J, Renfer M, Mccandish R, Elbournc D. (1999). Distribution of genital tract truma In *Childbirth and related postnatal pain. Birth*, 26, 11-15.
4. Glazene CMA, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. (1995). Postnatal Maternal Morbidity: Extent, causes, prevention and treatment. *Brit J Obstet Gynecol*, 102, 282-87.
5. Ghaem Maghami Nuri F, Eslamian L, Borna S, Mothares Gilani M, Dolatshahi M (1997). [Obesteric and

1 - Stamp

2 - Albers

- Neonatal Emergency*].1st ed, Tehran, Arjomand publisher. (Persian)
6. Ogston SA, Williams FLR, Fiorey C, Mires GJ. (1998). Episiotomy and perineal tears in low Risk primigravida. *J public health med*, 20, 422-27.
7. Royal College of obstetrics and gynecologist Methods and materials used in perineal repair. (2004). *RCOG Guidine*, 23, 1-8.
8. Wolley RJ. (1995). Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-language literature Since 1980. *Obstet Gynecol survey*, 50, 806-820.
9. Norton C, Christiansen J, Butler U, Haravi D, Nelson RL, Pemberton J, et al. Anal Incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury Y, Wein A, (eds). 2nd ed. Plymouth, Health publication, UK: 985-1044.
10. Vannucciraz FS, Loss AB, Japiass RM. (2002). Wound healing and Scarring – Sutures Abington's: Textbook of surgery Philadelphia, 15th ed. 207-222.
11. Calvert S, Fleming V. (2000). Minimizing post partum pain: A review of research pertaining to perineal care in childbearing women. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 407-415.
12. Tork Zahrani SH. (1996). [Is use Episiotomy Necessary]. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*, 30, 53-54. (Persian)
13. Weeks JD, Kozak LJ. (2001). Trends in the use of episiotomy in the united states: 1980 -1998. *Birth*, 2, 152-160.
14. Hartman K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA*, 293, 2141-2148.
15. Thaker SB, Banta HD. (1983). Benefits and risks of episiotomy; an interpretive review of the English language literature, 1860-1880. *Obstet Gynecol Sur*, 38, 322- 338.
16. Singerrello LB, Harlow BL, Chekas Ak, Repke J. (2001). Post partum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *AMJ obstet & Gynecol*, 184(51), 881-88.
17. Murphy PA, Feinland JB. (1998). Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth*, 25, 226-234.
18. Albers LL. (2003). Reducing genital tract trauma at birth, Launching a clinical trial in midwifery. *Midwifery & women's Health*, 48, 105 -110.
19. Hayes KW (2000). *Manuale for physical agents*, 5th ed. Upper saddle River, NJ: prentice Hall Health, 3-19.
20. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *Bmj*, 322, 7277-7280.
21. Albers L, Sedler K, J. Bedric E, Perelta P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of Genital tract Trauma at Birth: A randomized Trial. *J Midwifery women's Health*, 50(5). 365- 372.